

身体障害者手帳交付申請書

		年	月	日												
(あて先)秋田県身体障害者更生相談所長																
写真 (原則1年以内) 4cm×3cm	居住地															
	ふりがな 氏 名															
	生年月日		年	月 日生												
	(電話番号)															
続 柄																
15歳未満の児童 ふ り が な 氏 名 年 月 日生																
身体障害者本人の個人番号	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
身体障害者手帳の交付を受けたいので、身体障害者福祉法第15条の規定により、申請します。																
		第	号													
		年	月	日												
秋田県身体障害者更生相談所長 様		美郷町長 松 田 知 己														
上記のとおり身体障害者手帳交付申請があり、その内容を確認しましたので、進達します。																
DV・虐待等の被害者に係るマイナンバー制度における不開示等の設定 (※を確認し、該当する場合はレ点(チェックマーク)を入れてください。)		市町村マイナンバー確認欄														
☐ 該当する		<table><tr><td>責任者</td><td>担当者</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		責任者	担当者											
責任者	担当者															

備考

1 15歳未満の児童については、保護者が申請してください。この場合には、児童の氏名及び生年月日を口欄に記入し、児童の個人番号を身体障害者本人の個人番号欄に記入してください。

2 写真は、申請前原則1年以内に撮影したものであって、縦4cm横3cmで脱帽して上半身を写したものとします(申請者の申出により、秋田県身体障害者更生相談所長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)

※設定対象者
DVや虐待等の被害者(DVや虐待等の被害を受けるおそれがある者を含む。)であって、加害者の下から避難先市町村に避難しており、不開示コード、不開示該当フラグ又は自動応答不可フラグの設定を申し出る者(支援措置対象者など)。